

# De veranderde legitimaties van het Nederlandse ziekenhuisbouwbeleid 1945-1985

Citation for published version (APA):

Baakman, N. (1987). De veranderde legitimaties van het Nederlandse ziekenhuisbouwbeleid 1945-1985. *Mens en Maatschappij*, 62(4), 340-357.

## Document status and date:

Published: 01/01/1987

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Document license:

Unspecified

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# De veranderde legitimaties van het Nederlandse ziekenhuisbouwbeleid 1945-1985

Nico A.A. Baakman\*

## Summary

### *Legitimation of the Dutch hospital building policy 1945-1985*

*For the implementation of welfare policies the Dutch political system traditionally prefers private non-profit organization to government bodies. This also applies to all kinds of hospital building and operating. The implication is that any government action that infringes upon the autonomy of these private organizations calls for an articulate legitimation. This article deals in some detail with the measures taken and the arguments put forward to justify them in the period 1945-1985. It appears that there were four major arguments to justify the constantly increasing government interference. From 1945 till about 1963 reference was made to the exceptional circumstances caused by the war and the after war reconstruction. After that the way interventions were prepared provided their justification: only in accordance with and after elaborate consultation of the private organizations. This resulted in an unbalanced and an unprecedented growth between 1963 and 1973, so that this too costly output provided grounds for the intervention after 1973. This output oriented legitimation was then in 1981 on its turn replaced by reference to external circumstances: the economic crisis and the need to cut back expenditures. None of these arguments is very specific for hospital building or even health care in general. Indeed, they might well apply to the general development of the after war welfare state in the Netherlands. However, one should bear in mind that, since the arguments differed, but the results — being always more and more detailed rules and regulations — did not, the argu-*

\* Nico A.A. Baakman (1953) studeerde wijsbegeerte en politicologie en specialiseerde zich in de bestuurskunde. Tot 1 september 1987 werkzaam bij de vakgroep Bestuur- en Beleidswetenschap van de Universiteit van Nijmegen: vanaf die datum bij de produktgroep Bedrijfs- en Bestuurswetenschappen van de Open Universiteit te Heerlen. Laatste boekpublicatie: *Beleid ontwikkelen in het spanningsveld tussen overheid, para-overheid en bedrijfsleven: de media*, in: Het verkennen van beleidsproblemen, N. Nelissen e.a. (red.), Zeist, 1986. Correspondentie-adres: Open Universiteit, produktgroep BBW, Postbus 2960, 6401 DL Heerlen.

*ments put forward to justify a policy should not lightheartedly be taken to be a good explanation thereof.*

## **1. Inleiding**

Ons land kent een zeer omvangrijke non profit-sector. Ook wanneer men afziet van de organisaties der formele overheid, d.w.z. die van het Rijk, de provincies en de gemeenten, die weliswaar over het algemeen ook niet op winst maken gericht zijn, maar toch een bijzondere status hebben, blijven er grote aantallen over. Maar het gaat niet alleen om grote aantallen, doch vaak ook om organisaties die in termen van geld, aantallen arbeidsplaatsen en maatschappelijke functie zeer belangrijk zijn. Enigszins gechargeerd zou men kunnen zeggen dat de hele uitvoeringskant van de Nederlandse verzorgingsstaat zich in handen van deze sector bevindt.

Dat is uiteraard niet toevallig, doch een kenmerk van onze politieke cultuur. Niet de omvang van de sector natuurlijk, want die is de onvoorziene resultante van vele, min of meer onafhankelijk van elkaar genomen beslissingen. Maar wel is ieder los besluit om aan een non profit-organisatie de voorkeur te geven beïnvloed door het hier geldende politieke klimaat. Daarnaast spelen soms puur pragmatische overwegingen, zoals de grotere civielrechtelijke vrijheid die een stichting in vergelijking met de overheid heeft, een rol. Naast bestuurlijk pragmatisme is er in Nederland evenwel sprake van een bonte verzameling van waarde-oordelen en geestesgesteldheden die ieder voor zich al snel in de richting van een non profit-arrangement wijzen. Welke zijn dat zoal?

Ten eerste een algemene terughoudendheid ten opzichte van de overheid; oorspronkelijk een liberaal trekje. Is enige opgelegde ordening of collectieve actie politiek onvermijdelijk geworden, dan kan men de overheid toch nog enigszins buiten de deur houden door niet haar met de uitvoering te belasten, maar een non profit-organisatie. Een variant daarop is een afkeer, niet zozeer van een overheid als zodanig als wel van een a-religieuze overheid. Confessionelen willen immers voorzieningen op bijzondere grondslag, en daar kan, na de scheiding van kerk en staat, de overheid bezwaarlijk in voorzien. Aangezien echter ook commercie en levensbeschouwelijke verscheidenheid kunnen strijden, blijft opteren voor door de overheid op afstand gesteunde non profit-instellingen over. En een in Nederland om die reden menigmaal bewandelde uitweg. Ook de voorkeur van de Nederlandse sociaaldemocraten voor functionele decentralisatie pakte vaak uit in het benutten van non profit-organisaties náást het formele overheidsapparaat.

Men ziet, een reeks van attitudes en standpunten die een non profit-instelling op het terrein van de verzorgingsstaat al snel *eo ipso* legitiem maken. Dat betekent omgekeerd dat overheidsbeleid gericht op deze organisaties – en al helemaal als dat hun autonomie zou kunnen aantasten – een bijzondere argumentatie of legitimatie behoeft. Die legitimerende argumentatie staat in dit artikel centraal. Hieronder reconstrueer ik haar voor de ziekenhuisbouw in de periode van 1945 tot 1985.

Waarom juist deze sector? Daarvoor zijn meerdere redenen. Na de Tweede Wereldoorlog zijn de Nederlandse ziekenhuizen uitgegroeid tot een voorziening voor de gehele bevolking. Iedereen maakt er wel eens gebruik van. Dan de aard van de dienstverlening: het gaat vaak letterlijk om leven of dood. Ten derde is er de economische factor: in de ziekenhuizen ging in 1984 11,3 miljard om (TK 1985-1986, 19 246, nr. 2, p. 12) en vonden ruim 130 000 personen een werkring (idem, p. 55). Kortom, de sector zelf is van groot maatschappelijk belang.

Maar er is ook een transcendent, een sector-overstijgend argument: de ontwikkeling van dit beleid en de legitimaties ervan zijn in veel opzichten typisch voor de hele periode 1945-1985. Het naoorlogse ziekenhuisbouwbeleid zelf ontwikkelde zich van een tamelijke strikte en centrale, doch globale ordening, via een fase van liberalisering naar een overmatige en detaillistische regulering thans. Feitelijk is er sprake van een voortdurend groeiende beleidsintensiteit, gelegitimeerd door argumenten die vooral specifiek zijn voor de verschillende perioden die ik hieronder onderscheid, en veel minder voor het onderhavige beleidsterrein. Beginnen we met dat nader te bezien voor de wederopbouwfase.

## **2. Beleidsexterne factoren als legitimatie: de wederopbouw**

Het begin van de wederopbouwperiode is niet moeilijk aan te geven, maar het einde wel, omdat het om een complex van economische, politiek-culturele en algemeen maatschappelijke veranderingen gaat. Zij verliepen niet volledig synchroon en sommige kennen geen duidelijk breekpunt. Om pragmatische redenen kies ik het aantreden van het kabinet Marijnen op 24 juli 1963 als het keerpunt. De lezer beseffe echter, dat deze precisie schijn is: het nationaal inkomen kende rond 1963 geen sprongsgewijze ontwikkeling, de loonexplosie en de veranderingen van de zestiger jaren die op het gebied van de arbeidsverhoudingen en de openbare moraal een nieuw tijdperk markeerden, hingen nog in de lucht, terwijl daarentegen de rooms-rode coalities die de partijpolitieke uitdrukking van de wederopbouwgedachte belichaamden,

in 1963 al tot het verleden behoorden. Het kabinet Marijnen zit in de tijd gezien midden tussen deze veranderingen, die gezamenlijk de overgang naar een nieuwe ontwikkelingsfase vormden. Vandaar dat ik het aantreden van dit ministerie als eindpunt van de wederopbouwfase kies.

Welk beleid voerden de wederopbouw-kabinetten op het gebied van de (ver)nieuwbouw van ziekenhuizen? Er moest nodig het een en ander gebeuren: instellingen waren verouderd of hadden oorlogsschade. Bovendien nam de vraag naar ziekenhuisverzorging fors toe, mede door het Ziekenfondsbesluit van 1942, dat opname binnen het financiële bereik van een veel groter deel van de bevolking bracht: aanvankelijk waren slechts 42 dagen per ziektegeval per jaar gedekt, maar dat werd uiteindelijk 365 dagen in 1964 (TK 1967-1968, 9717, nr. 5).

Hét probleem onmiddellijk na de oorlog was natuurlijk de schaarste aan zowel materialen als vakbekwame arbeidskrachten: de armoe moest enigszins billijk verdeeld worden. Maar dat gold niet alleen voor de ziekenhuisbouw. Daarom werd in 1950 de Wederopbouwwet (Stbl., 1950, nr. 236) ingevoerd met de bedoeling 'nadere voorzieningen van tijdelijke aard (. . .) ten behoeve van de wederopbouw en bevordering der bouwnijverheid' te verstrekken, zo meldt de considerans. Bouwen, verbouwen en herstellen werd domweg verboden, tenzij men toestemming had. Die toestemming heette Rijksgoedkeuring en men moest haar hebben alvorens bij de gemeente een bouwvergunning aan te kunnen vragen. Voorwaarde was wel dat de voornemens binnen het bouwprogramma van het Rijk vielen. Dat gaf aan 'tot welke bedragen, gespecificeerd naar de bij het programma onderscheiden soorten van werken, gedurende een bepaald kalenderjaar in verband met de beschikbare arbeidskrachten, geldmiddelen en materialen' gebouwd mocht worden (art. 15). De totale beschikbare bouwcapaciteit werd dus in jaarcontingenten over sectoren verdeeld.

'Gebouwen voor gezondheidszorg en hygiëne' was de sector waarin de ziekenhuizen vielen en daarvoor was dus een jaarlijks door de regering vast te stellen maximum-bedrag beschikbaar. Rijksgoedkeuringen konden in principe afgegeven worden tot het moment waarop het jaarbudget besteed was. Wie zich daarna nog aanmeldde, moest volgens voorschrift tot het volgende jaar wachten. Het was de minister van Volkshuisvesting en Wederopbouw die, op advies van zijn collega van Sociale Zaken en Volksgezondheid en gelet op de nog beschikbare capaciteit, de goedkeuring al dan niet verstrekke. Zijn collega-bewindsman liet zich op zijn beurt preadviseren door de Ziekenhuiscommissie. Deze, stammend uit 1947 (Stcrt., 1953, nr. 196), omvatte na een herformulering van haar taak in 1953 vier (hoge) ambtenaren en negen leden uit kringen van de ziekenhuisorganisaties.

Ik zal hier niet verder op de procedures ingaan, doch volsta met erop te wijzen dat ze in vergelijking met de huidige van een strelende eenvoud zijn. Het veld beschouwde de commissie in eerste instantie als een verlengstuk van de overheid en klaagde over de criteria of uitgangspunten die zij hanteerde. Juffermans, bijvoorbeeld, noemde haar werkwijze 'volstrekt onduidelijk' en 'ondoorzichtig' (Juffermans, 1982, p. 174-175). Dat lijkt gerechtvaardigd, als men de uiteindelijk resulterende groei van het aantal bedden en de spreiding van de voorzieningen over het land in ogenschouw neemt. De resultaten waren zonder twijfel onevenwichtig, zo niet erger. De commissie had echter wel degelijk eenduidige criteria, maar zij stelde deze niet op schrift om de nodige manoeuvreerruimte te houden. Wie echter opbelde om te horen of er kansen waren op goedkeuring en voor welk beddenaantal, kreeg te horen waar hij volgens de commissie aan toe was — zij het niet op papier. Dat de uitkomsten desondanks in termen van evenwichtige geografische spreiding en van aantallen bedden per duizend inwoners slecht waren, weet een commissielid van destijds aan (partij)politieke druk op de verantwoordelijke bewindsman om bepaalde projecten toch goed te keuren, en de omstandigheid dat een ziekenhuis na de oplevering doorgaans een ander aantal bedden bleek te herbergen dan eertijds in de plannen voorzien was.<sup>1</sup> En het waren er zelden minder dan gepland. Dat kon gebeuren omdat de commissie alleen in de planfase in adviserende zin bij de projecten betrokken was; wat er met en na haar advies gebeurde, onttrok zich aan haar invloed. Het uiteindelijke effect bleek, zoals gezegd, achteraf: gestage, onevenwichtig gespreide groei van het aantal bedden. En des te gestager naarmate het economisch beter ging.

Samenvattend kan men de beleidsvoering in de Wederopbouwperiode kenschetsen als een tamelijk (maar naarmate het economisch beter ging, minder) strikte en centrale, doch globale ordening met een geringe regel-dichtheid en zonder stevig wettelijk fundament. Tenslotte was de Wederopbouwwet maar een algemene en tijdelijke voorziening, bedoeld voor maar drie jaar. Dit bouwbeleid werd aangevuld met een strak tarieven- en prijsbeleid en betekende voor het veld een tamelijk scherpe breuk met de vooroorlogse praktijk van non-interventie.

Waar resulteerde een en ander in? Betrouwbare cijfers zijn schaars, zeker voor wat betreft de eerste jaren. Maar we weten wel iets.<sup>2</sup> Op het moment van aantreden van het kabinet Marijnen was de structuur van het veld nog steeds in hoofdzaak een particuliere. Er waren toen 265 ziekenhuizen, waarvan 107 katholiek, 51 protestants, 1 joods, en 59 levensbeschouwelijk neutraal, maar particulier. Slechts 42 stuks waren in handen van gemeenten; het Rijk, tenslotte, had er 5 die academisch dan wel militair waren. In totaal

ruim 60 000 bedden, d.w.z. net iets meer dan vijf per duizend inwoners. Daarmee werd de al gangbare, maar nog nergens officieel vastgelegde norm van 4 pro mille royaal overschreden. Dat schijnt trouwens al rond 1950 voor het eerst het geval te zijn geweest. Daaraan afgemeten, was het beleid dus niet erg succesvol.

De legitimiteit ervan berustte niet op de fraaie uitkomsten en ook niet op de wijze waarop het gevoerd werd, maar op beleidsexterne omstandigheden, d.w.z. de moeilijke economische situatie en de algemeen gevoelde noodzaak het proces van wederopbouw enigszins geordend te laten verlopen. Dat de ziekenhuizen met een beroep op de historische rechten van het particulier initiatief zich verbaal niet tegen deze ordening konden keren, zagen zij wel in, maar de bereidheid zich verbaal te committeren werd uiteraard minder, naarmate de economie zich verbeterde. Daarmee ontviel immers de legitimatie aan het wederopbouwbeleid en konden andere argumenten open en bloot op tafel komen.

### **3. De expansiefase: proceslegitimatie**

De tweede fase die ik onderscheid, wordt afgesloten door het ministerschap van dr. L.B.J. Stuyt, die op 11 mei 1973 zijn portefeuille overdroeg. Deze tijdsspanne omvat de ministeries Marijnen (juli 1963 tot 14 april 1967), Cals (tot 22 november 1966), Zijlstra (tot 5 april 1967), De Jong (tot 6 juli 1971) en Biesheuvel I en II (tot 11 mei 1973). De voor volksgezondheid verantwoordelijke bewindslieden waren toen dr. Gerard Veldkamp en staatssecretaris dr. Bartels, beiden KVP, vervolgens staatssecretaris dr. Rudolf Kruisinga, CHU, en tenslotte minister Stuyt, KVP. Onder de laatstgenoemde bereikte Nederland het hoogste beddenaantal dat we ooit gekend hebben: 5,64 pro mille in 1972.<sup>2</sup> Deze minister reageerde hierop met een ad hoc ingreep die niet met de tot dan toe gehanteerde argumentaties recht te praten was. Er kwam zo een nieuwe legitimatie voor het overheidsbeleid in het spel, die door zijn opvolger Hendriks overgenomen werd. Daarmee werd de nu eerst te bespreken expansiefase definitief afgesloten.

Voordat we gaan bekijken hoe de opeenvolgende bewindslieden in deze periode vorm aan het beleid gaven, zullen we eerst eens bezien welke instrumenten hun aanvankelijk ter beschikking stonden. Veel waren het er niet.

De Wederopbouwwet met haar stelsel van Rijksgoedkeuringen was nog steeds in gebruik. Daarnaast was er nog de advisering door de Ziekenhuiscommissie en een Rijksgarantieregeling Inrichtingen voor Gezondheidszorg die het ziekenhuizen mogelijk maakte met rijksgarantie geld voor bouwpro-

jecten te lenen. Meer niet. Qua staf had het departement nauwelijks meer dan de Inspectie. Haar ambtenaren vormden in feite de volksgezondheidspoot van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Geen indrukwekkend arsenaal, zou men thans zeggen. Wat werd er in de jaren tot 1973 aan toegevoegd?

Ten eerste uitbreiding van de departementale staf. Meer ambtenaren dus, maar niet of nauwelijks bij de Inspectie. Het departementale apparaat kwam naast de Inspectie. De reden is mij niet met zekerheid bekend, maar het was in geen geval het vaste ministeriële voornemen het veld in de tang te nemen of daar de voorwaarden voor te scheppen. Bartels, Veldkamp en ook staatssecretaris Kruizinga geloofden daar niet zo in. Mogelijk hechtte de Inspectie door haar aard meer aan overheidsbemoeienis dan deze bewindslieden voor wenselijk hielden. Dat zij daarom poogden daar een ambtelijk tegenwicht tegen te scheppen, kan ik niet bewijzen, maar ik werp die veronderstelling ook niet van mij.

Wat gebeurde er nog meer? In 1965 werd de Wet Ziekenhuistarieven (Stbl., 1965, nr. 190) ingevoerd, en de Beschikking Ziekenhuiscommissie (Stcrt., 1965, nr. 255) gewijzigd. In het daarop volgende jaar kwam de Volksgezondheidsnota 1966 (TK 1965-1966, 8462) uit en werd de Ziekenfondswet (Stbl., 1964, nr. 392) ingevoerd. Voor een vijfde relevante gebeurtenis zorgde een collega-bewindsman die het afgeven van Rijksgoedkeuringen delegerde aan de lagere overheden, zodat Sociale Zaken en Volksgezondheid de greep op de bouw, die toch al niet vast was, helemaal dreigde te verliezen.

De Wet Ziekenhuistarieven kwam er vanwege de algemene versoepeling van het prijsbeleid, maar met name de SER vond dat dat voor de ziekenhuistarieven niet verstandig was. Die stegen sowieso al hard genoeg. Tot dan toe waren zij gecontroleerd door een kleine afdeling van Economische Zaken, maar dat bleek niet langer acceptabel. De nieuwe aanpak was tekenend voor de nieuwe tijd: er kwam uiteindelijk een wet tot stand die de tariefbepaling in handen van een nieuw op te richten non profit-orgaan legde. Dat werd de Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, geheel bemand door organisaties uit het veld.

Dat de politiek het veld zo goed bediende, kwam doordat vrijwel alle sectorespecialisten uit de Kamer nauwe banden met deze organisaties hadden, zodat de volksvertegenwoordiging, althans volgens De Wolff, in feite als een voorpost van deze instanties fungeerde (De Wolff, 1984, p. 199-226).

De omzetting van het Ziekenfondsbesluit in de Ziekenfondswet was meer een kwestie van codificatie dan van modificatie, hoewel er nog flink over geruzied werd. Van belang was wel de van nu af vereiste erkenning van de geëx-



ploitteerde bedden door de Minister, op advies van de Ziekenfondsraad. Geen erkenning, dan geen behandeling voor rekening van een ziekenfonds en daarmee vrijwel zeker exploitatieproblemen voor het betrokken ziekenhuis. In potentie een machtig middel om het aantal bedden in de hand te houden, maar daarvoor is het erkenningenbeleid slechts sporadisch gebruikt. De Commissie Erkenningen van de Raad beperkte zich tot de medische aspecten van de zaak en achtte zich niet competent om de behoefte aan bedden te beoordelen. Zwarte Pieten uitdelen moet de minister maar doen, dacht men blijkbaar. Dat is echter, voorzover ik heb kunnen nagaan, maar één keer gebeurd, en wel door minister Stuyt.

Ook op de Ziekenhuiscommissie verstevigde het veld zijn greep, daarin gesteund door de minister die de Beschikking waarop zij berustte, wijzigde (Stcrt., 1965, nr. 255). De ambtenaren werden eruit verwijderd met het motief dat zo de gescheiden verantwoordelijkheden van overheid en maatschappelijke organisaties beter tot hun recht zouden kunnen komen. Later werden departement en commissie ook ruimtelijk gescheiden, doordat de laatstgenoemde een eigen budget kreeg en naar een ander gebouw in Utrecht verhuisde. Tot dan toe had men gastvrijheid en secretariële ondersteuning op het departement genoten.

De Volksgczondheidsnota 1966 (TK 1965-1966, 8462) is, hoewel ze luidkeels bejubeld werd, een teleurstellend stuk. Het hosanna-geroep zal wel goeddeels veroorzaakt zijn doordat het hier ging om het eerste beleidsstuk van de regering over de gezondheidszorg als geheel. Het geeft daarvan een indrukwekkende inventarisatie, maar is voor het overige arm aan beleidsvoornemens. Het meest relevante beleidsvoornemen is nog de aankondiging van een Ziekenhuisbouwwet. Echt van harte ging dat niet. Al in 1961 had de SER tot een dergelijke regeling geadviseerd, en dat later in 1965 nog eens herhaald. Al vóór de oorlog was er ten departemente over een ziekenhuisbouwwet nagedacht, maar anno 1966 was men nog niet veel verder. Wat men wel had, was de vaste overtuiging dat de centrale overheid het veld niets mocht opdringen. Zo werd het ontwerp getypeerd als 'Betreft de invoering van een "planning" op het gebied van het ziekenhuiswezen' (p. 230). De aanhalingstekens zijn veelbetekenend. Elders heette het: 'De ondergetekenden blijven de voorkeur geven aan een autonome ordening van de maatschappelijke krachten en vertrouwd wordt dat het in voorbereiding zijnde ontwerp van wet op de ziekenhuisbouw tot een bevordering van de autonome ordening zal bijdragen' (p. 168). Aangezien de wet het veld niet tegen de haren in mocht strijken, moest er dus uitgebreid overlegd worden, en dat hield nogal op, temeer omdat de organisaties van het particulier initiatief wel om geld en faciliteiten, maar niet om overheidsvoorschriften te springen zaten.

Een andere relevante passage luidt: '( . . . ) men zou zich kunnen afvragen ( . . . ), in welke mate het nog zinvol is ( . . . ) overheidsziekenhuizen te gaan of te blijven exploiteren of verder uit te bouwen' (p. 42). Dat de overheidsziekenhuizen in deze periode in absolute zin fors terrein zouden verliezen, terwijl de sector als geheel flink groeide, zal ik verderop met cijfers staven. Hier zien we alvast de ideologische achtergrond van dat proces.

In de parlementaire arena was er weinig aandacht voor de ziekenhuisbouw, hoewel dat in de loop van de tijd iets beter werd. Noch in de troonredes van de jaren '63 tot en met '72, noch in de regeringsverklaringen uit die periode is iets substantieels over ziekenhuizen of de kosten van de gezondheidszorg aan te treffen.

Slechts een enkeling in Den Haag maakte zich zorgen. Zo zei op 11 november 1964 het PvdA Kamerlid en oud-minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Suurhoff, dat in het licht van de voortgaande groei van het aantal, het gevaar van lege ziekenhuisbedden desondanks illusoir, maar het gevaar van onnodig bezette bedden daarentegen zeer reëel was. Bartels reageerde daar als volgt op. 'Het is een ernstig probleem. ( . . . ) Ik wil gaarne onderstrepen dat hier primair naar een belangrijk stuk zelfordening door en naar verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen moet worden gestreefd' (TK Hand. 1964-1965, C481). Het besef dat de groei van de sector onevenwichtig was, begon door te dringen. Bartels verklaarde namelijk bij de begrotingsbehandeling in 1966: 'Het lijkt ( . . . ) wenselijk dat beslissingen op het terrein dezer ordening mede worden getoetst aan criteria en voorwaarden welke vanuit een doelmatig volksgezondheidsbeleid moeten worden gesteld. Binnen de kring van het ziekenhuiswezen valt een toenemende bereidheid te constateren tot gemeenschappelijk overleg ( . . . ).' De bewindsman gaf hiermee toe dat het niet onredelijk is af en toe eens naar de kosten te kijken en impliciet dat het veld tot dan toe de boot afgehouden had. Toch moest er langzamerhand echt iets gaan gebeuren.

Op 15 december 1966 delegeerde namelijk Volkshuisvesting en Wederopbouw zonder enige restrictie de bevoegdheid Rijksgoedkeuringen af te geven aan de gemeentebesturen van vijf provincies. Het deed dat om conjunctuurpolitieke redenen, namelijk om de bouwnijverheid te stimuleren (TK 1966-1967, 8800, Hfdst. XI, nr. 11, p. 4), maar het effect was dat men het departement noch de ziekenhuiscommissie meer nodig had om een ziekenhuis te (ver)bouwen. Slechts als men met gegarandeerde leningen wilde werken, kon het Rijk via het stellen van voorwaarden de zaak beïnvloeden. Dat was het begin van de formele liberalisering van de ziekenhuisbouw, hoewel volgens Juffermans (1982, p. 222) ook daarvoor de Rijksgoedkeuringen steeds gemakkelijker werden afgegeven. En dat terwijl steeds meer betrokkenen zich

begonnen af te vragen, of het zo wel door kon gaan. Bartels vond nu van niet. In de Kamer verklaarde hij: 'Het allerbelangrijkste is dat wij zo snel mogelijk komen met een ziekenhuisbouwwet, die een vergunningstelsel zal bevatten (. . .)' (TK 1966-1967, Hand., p. 729). In zijn ambtsperiode zou dat er echter niet meer van komen.

Zijn opvolger Kruisinga zou het wetsontwerp door het parlement loodsen. In feite trok hij de lijnen van Veldkamp en Bartels gewoon door. De op 25 maart 1971 door het staatshoofd gesigneerde wet bevatte inderdaad een planningstelsel en een bepaling dat voor ziekenhuis(ver)bouw een ministeriële vergunning vereist was. Het voorlopig belangrijkste artikel bleek nr. 31 te wezen, dat mededeelde dat 'de wet of onderdelen daarvan' in werking zou(den) treden op 'een nader door Ons te bepalen tijdstip'. Dat tijdstip zou voor de integrale wet 1 september 1979 wezen, maar één belangrijk onderdeel trad al op 13 september 1971 in werking. Toen werd namelijk bij KB het overgangsartikel 29 van kracht, waardoor ziekenhuis(ver)bouw aan een ministeriële vergunning gebonden werd. Dat deed minister Stuyt.

Deze was, na het aftreden van het kabinet De Jong en door het aantreden van het eerste ministerie Biesheuvel in juni 1971, het hoofd van het nieuw opgerichte Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne geworden. Deze bewindsman had dus formeel de mogelijkheid ziekenhuis(ver)bouw rechtstreeks te verhinderen door een vergunning te weigeren. Stuyt maakte van deze bevoegdheid gebruik door een bouwstop af te kondigen. Althans, zo noemde het veld dat. Officieel was er sprake van een temporisering of afremming op grond van landelijke, conjuncturele overwegingen. Daarin speelden de verwachte ontwikkeling van de kosten een vooraanstaande rol. De Vaste Commissie voor Volksgezondheid van de Tweede Kamer, die op 16 maart 1972 overlegde, schaarde zich achter de minister. Hij moest zelfs de moed hebben zo nodig in het verleden gedane toezeggingen ongedaan te maken (Het Ziekenhuis, 1972, p. 258). Een heel ander geluid dan daarvóór gebruikelijk was. Daarmee werd de legitimatie die, nadat wederopbouw min of meer voltooid was, de geldende was geworden, impliciet verlaten. Impliciet, want officieel afgezworen is zij nooit, en tot in onze dagen wordt er lippen dienst aan bewezen.

Die min of meer verlaten legitimatie is een procesrechtvaardiging: de inhoud van wat er gebeurde, was zonder enige twijfel goed en legitiem door de wijze waarop het tot stand kwam. Het particulier initiatief was de best denkbare boom, en die moest dus goede vruchten dragen. Zelfordening door de maatschappelijke organen was de enig juiste en legitieme weg. Al wat de overheid mocht doen, was het p.i. daar financieel en anderszins toe in staat stellen door gunstige voorwaarden te scheppen. Dat was nu afgelopen; nu

werden ook de vruchten aan een onderzoek onderworpen en groeide de bereidheid de wildgroei aan de boom wat te snoeien.

Dat leverde natuurlijk niet direct resultaat op. Toen Stuyt in 1973 het stokje aan zijn opvolger overgaf, waren er ruim 74 000 bedden (was in 1963: 60 000), verdeeld over 249 instellingen (1963: 265). Daarvan waren er 82 katholiek (was: 107), 49 protestant (was: 51), 16 algemeen christelijk (was: 0), en nog steeds één joods. Particulier, maar neutraal waren er nu 67 (in 1963: 59). Het Rijk had er intussen 5 (academische) bij gekregen en kwam nu op 10, terwijl de gemeenten nog maar 21 stuks over hadden van de 42 die zij in 1963 nog exploiteerden.<sup>2</sup> Met andere woorden: het aantal ziekenhuizen daalde met 16 stuks, maar het aantal bedden groeide met ongeveer 14 000, dat is ruim 23%! Dat kwam neer op 5,5 bed per duizend inwoners en een regelrechte bespotting van de 4 pro mille-norm. Flinke groei van de sector dus. Maar ook trad er forse schaalvergroting op, en dat alles vooral ten koste van de positie van de gemeentelijke ziekenhuizen. Ook de totale kosten van de gezondheidszorg stegen hard: ging het in 1953 nog slechts om 3,3% van het BNP, in 1963 was het al 4,5% en in 1970 6,5% (CBS, 1974, p. 242). Stuyt trok als eerste harde beleidsconclusies uit deze cijfers en zijn opvolgers zouden die lijn doortrekken. Van nu af aan was het legitiem de output aan te grijpen om beleid te voeren. De proceslegitimatie die autonome zelfordening heette, had haar glorietijd gehad.

#### **4. Beheersing van de output als beleidslegitimatie**

Met de bouwstop van minister Stuyt begon een nieuwe fase. Deze periode omvat ongeveer de kabinetten Den Uyl en Van Agt I. Verantwoordelijke bewindslieden waren van 11 mei 1973 tot 19 december 1977 staatssecretaris J.P.M. Hendriks (KVP) en zijn opvolgster mevr. mr. Els Veder-Smit (VVD), die tot 11 november 1981 de scepter zwaaide. De gebeurtenis die deze fase afsloot en een nieuwe inluidde, is het verschijnen van het beddenreductieplan van minister Gardeniers, dat inhield dat complete ziekenhuizen en afdelingen om reden van bezuinigingen gesloten zouden moeten worden.

Zo ver zijn we echter nog niet. Eerst moest het veld nog het beleid van Hendriks en mevr. Veder-Smit doorstaan. Bij de laatstgenoemde had het daar niet zo'n moeite mee: onder haar regime leken de Veldkamp-dagen van overleg en zachtjes aan met het particulier initiatief weer terug te keren. Staatssecretaris Hendriks was echter een ander geval.

Wat deze allemaal van plan was, kondigde hij in een interview aan. Minimum-aantallen bedden en beschikbare specialismen voor ieder zieken-

huis, voortgaande afremming van de bouw en de bevoegdheid overtollige ziekenhuizen of delen daarvan te sluiten (Het Ziekenhuis, 1973, p. 421). Dat was andere koek. In de Memorie van Toelichting op zijn begroting ging hij nog iets verder: er kwam een absolute bouwstop, in afwachting van een bouwplafond per jaar. De noodmaatregelen werden met andere woorden steeds strikter. Er moesten ook steeds vaker pijnlijke keuzen gemaakt worden, waarvoor slechts gebrekkige criteria voorhanden waren. De vuistregels van de Ziekenhuiscommissie vormden er nog steeds de kern van. En werk-bare provinciale plannen waren er ook nog niet. Het inmiddels ingestelde College voor Ziekenhuisvoorzieningen, dat in het kader van de Wet opgericht was en zolang de wet nog niet volledig van kracht was ook functioneerde als de Ziekenhuiscommissie, kwam met het rapport 'Korte Termijn', waarin voorlopige toetsingscriteria voor iedere lopende en nieuwe aanvraag. Daaronder was een minimum-omvang van 250 à 300 bedden en de 4 pro mille-norm. Hendriks onderschreef die normen (Het Ziekenhuis, 1973, p. 623) en zou ze overnemen in zijn Structuurnota.

Die Structuurnota Gezondheidszorg (TK 1973-1974, 13 012) was al in de Troonrede van 1973 aangekondigd en werd op 9 augustus 1974 aangeboden. Zij vormt een duidelijke trendbreuk, zeker als we haar vergelijken met de Volksgezondheidsnota van Veldkamp uit 1966. Die inventariseerde, gaf weinig beleidsvoornemens en was gericht op groei. Bij Hendriks grote plannen tot herstructurering, weinig inventarisatie en gerichte voornemens de groei een halt toe te roepen. Vier ziekenhuisbedden per duizend inwoners was volgens deze bewindsman de limiet en in 1980 mochten de kosten van de volksgezondheid niet meer dan 8% van het BNP bedragen. Bovendien moest de tweedelijns zorg – lees: de specialisten – terug ten faveure van de eerstelijns zorg.

Intussen werd er op het departement hard gewerkt aan een wijziging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Die moest beter toegesneden worden op haar planningstaak. In 1975 schreef het College voor Ziekenhuisvoorzieningen hierover: 'Tot feitelijke veranderingen heeft 1975 niet geleid, maar er is wel veel voorbereidend werk gedaan, . . .' (Jaarverslag CvZ 1975, p. 14). Dat voorbereidende werk zou evenwel niet snel tot wetswijziging leiden, omdat het kabinet viel en verdere behandeling uitgesteld werd tot na de formatie. Die bleek (alweer) lang te gaan duren. Het kabinet viel op 22 maart 1977 en de opvolgster van Hendriks, mevr. mr. E. Veder-Smit, trad pas op 4 januari 1978 aan.

Hendriks, intussen, zat niet stil. Met ingang van 1975 was er een bouwplafond gekomen (TK 1977-1978, 14 800, XVII, nr. 2, p. 27). De bouwstop van het Rijk en de bouwlust van het particulier initiatief hadden echter voor een

stuwmeer aan plannen gezorgd. Die konden, ook als ze goedgekeurd waren, niet allemaal tegelijk in uitvoering worden genomen. Daarom werd begonnen met het opstellen van een prioriteitenlijst, die rekening hield met de beddenreductie die het initiatief in de eigen regio zou bewerkstelligen. Hoe groter ceteris paribus de reductie, des te meer kans op een goede notering op de lijst. Dit was een uitvloeisel van een andere nota van Hendriks: 'Beleidsvoornemens betreffende de kostenbeheersing in de gezondheidszorg' (TK 1975-1976, 14 044), waarin 5 bedden per duizend inwoners in 1980 als eerste stap op weg naar de 4 pro mille gepropageerd werd.

Het eerste prioriteitenoverzicht kwam op 24 februari 1978 in de Staatscourant. Onder een nieuw kabinet, het kabinet Van Agt I, met als eerstverantwoordelijke voor de ziekenhuizen staatssecretaris Els Veder-Smit (VVD). Zij bleek geen krachtige bewindspersoon. Haar belangrijkste bijdragen liggen op het gebied van het afronden van de wijziging van de WZV (die nu de mogelijkheid bood ziekenhuizen of delen daarvan te sluiten) en allerlei bijbehorende uitvoeringsbeschikkingen en -besluiten. Van haar voornemen jaarlijks een prioriteitenlijst te publiceren, bijvoorbeeld, kwam niets terecht. Zij kreeg dan ook veel kritiek. Tegen het einde van haar ambtsperiode wilde het Kamerlid mevr. Müller (PvdA) de rekening opmaken, maar, meende zij, dat zou moeilijk gaan. Er viel nauwelijks iets af te rekenen na vier jaren van 'eindeloos veel studies, commissies, overleg etc., maar zonder beleid' (Het Ziekenhuis, 1980, p. 668). Zij werd nauwelijks tegengesproken. Het veld, in de vorm van de Nationale Ziekenhuisraad, nam heel wat hartelijker afscheid: met bloemen en een kus van de voorzitter (Het Ziekenhuis, 1981, p. 963). De erfenis die de bewindsvrouwe eind 1980 achterliet, omvatte ruim 73 000 bedden (was in 1973: 74 000), verdeeld over 231 ziekenhuizen (was: 249), goed voor 5,20 bed per duizend inwoners.<sup>2</sup> Voorts een overschrijding van het bouwplafond voor 1980 van 19 miljoen, terwijl de totale kosten van de gezondheidszorg intussen de 10% van het BNP akelig dicht begonnen te benaderen.

De periode Hendriks - Veder-Smit kenmerkt zich ten eerste door een groeiende belangstelling voor de gezondheidszorgsector zowel in de media als bij politici. Ten tweede nam de regeldichtheid snel toe. Er kwamen nieuwe instrumenten als de gewijzigde WZV, het bouwplafond en de prioriteitenlijst met in hun voetspoor een ware stroom van secundaire regelingen, circulaires, administratieve voorschriften en dergelijke. Doch het belangrijkste is het derde kenmerk: de acceptatie van een nieuw argument voor overheidsinterventies. Een gewenste output van het beleid en het gebleken onvermogen om deze met de bestaande procedures te bereiken, vormen nu de legitimatie voor nieuwe maatregelen. De lof van het particulier initiatief

wordt wat minder gezongen: de wensen en belangen daarvan prevaleren niet langer automatisch, als het bereiken van globaal omschreven beleidsuitkomsten (niet meer dan 8% van het BNP voor de gezondheidszorg, maximaal 4 bedden per duizend inwoners) daardoor in het gedrang kan komen. Een eenduidig te kenschetsen periode was het geenszins. Onder Hendriks werd heel anders beleid gemaakt dan onder Veder-Smit, maar één ding bleef onder beiden gelijk: de voortdurende groei van de beleidsintensiteit.

### **5. Wederom externe omstandigheden: bezuinigingen als legitimatie**

De laatste periode die ik hier behandel, omvat de kabinetten Van Agt II en III en Lubbers I. De verkiezingsuitslagen maakten een einde aan het eerste kabinet Van Agt en een tweede, maar nu als coalitie van PvdA, D'66 en CDA, onontkoombaar. Dat kabinet – of liever de PvdA – viel, zodat er vervolgens over Van Agt III gesproken kon worden: CDA plus D'66. Na vervroegde verkiezingen kwamen CDA en VVD weer aan de macht, hoewel getalsmatig een combinatie van CDA en PvdA meer voor de hand had gelegen. Nu had dat niemand hoeven te verbazen, want politiek is geen rekenkunde, maar rekenen moest men desondanks meer dan ooit. De economische situatie en de toestand van de overheidsfinanciën maakten het oplossen van moeilijke bezuinigingsommen onontkoombaar.

Voor de gezondheidszorg werden die gemaakt door minister mevr. Gardeniers-Berendsen (CDA) in Van Agt II en III en staatssecretaris J.P. van der Reijden (CDA) in de ploeg van premier Lubbers. Er werd nu met nadruk naar de kosten gekeken, en niet alleen sectoraal, maar vooral in samenhang met de totale uitgaven. Bestek 81, de harde noot waarmee de bezuinigingsmars inzette, ging over de hele collectieve sector en voorzag in een vermindering van de geëxtrapoleerde kosten van de gezondheidszorg met bijna twee miljard (Groot, 1979, p. 572). Dat heette toen nog 'minder meer', maar het zou spoedig gewóón minder worden. Met name de ziekenhuizen zouden terug moeten om, zoals de Troonrede van 1982 dat uitdrukte, een herschikking van uitgaven mogelijk te maken ten behoeve van de zorg daarbuiten.

Uiteraard kwamen er nieuwe instrumenten en procedures. Mevrouw Gardeniers zag spoedig kans zich de woede van het hele veld op de hals te halen door met een beddenreductieplan te komen. Ze had laten uitrekenen dat bij het voortzetten van het lopende beleid de 4 pro mille-norm in 1990 alleen gehaald zou worden, als er nog 13 000 extra bedden verdwenen. Van die bedden wilde ze af vanwege de kosten. En omdat de provincies geen haast maakten met het opstellen van plannen zoals voorzien in de WZV, zou ze het zelf

gaan doen. Ze wilde haar wettelijke bevoegdheid om overvloedige voorzieningen te sluiten gebruiken en publiceerde een beddenreductieplan waarin precies aangegeven werd waar de klappen zouden gaan vallen. Het woedende veld noch de zich gepasseerd voelende provincies konden haar van gedachten doen veranderen, maar de Tweede Kamer liet zich wel voor dat karretje spannen en verweet de minister procedureel onjuist gehandeld te hebben (Het Ziekenhuis, 1982, p. 1089). Het resultaat was dat de provincies het als-nog zelf mochten doen; thans kan men vaststellen dat daar niet echt veel van terechtgekomen is. Het voornaamste effect was wel, dat er wat meer haast werd gemaakt met de provinciale plannen. Dat laatste kwam mede door de neiging van haar opvolger, Van der Reijden, om alle bestaande en nieuwe procedures aan elkaar te koppelen. Hij wilde een prioriteitenlijst voor de hele periode tot 1990, en daar kwam een initiatief alleen op wanneer redelijke zekerheid bestond over het levensvatbare voortbestaan na de afronding van de beddenreductie in de eigen regio. Zo kwam er wat meer druk op de provinciale ketel.

Van der Reijden deed echter meer. Hij besloot tot 1 oktober 1983 geen nieuwe goedkeuringsdocumenten voor (ver)nieuwbouw meer af te geven. Een adempauze, heette de bouwstop deze keer (Stcrt., 1983, p. 48). De bewindsman gebruikte de adempauze om een nieuwe procedure te starten: de heroverweging van alle al geheel of gedeeltelijk goedgekeurde projecten. Er was namelijk al een stuwmeer van zo'n twaalf miljard (TK 1984-1985, 19 600, XVI, nr. 9, p. 58), en dat was bij een bouwplafond van rond 500 miljoen voldoende voor de eerstkomende vierentwintig jaar . . . , als er zich tenminste in die periode geen nieuwe bouwlustigen zouden aanmelden. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, dat over de heroverweging adviseerde, moest helaas in 1984 tot de conclusie komen dat de procedure niet tot een substantiële vermindering van het stuwmeer leiden zou. Aan de meeste initiatieven bleek volgens de WZV-maatstaven behoefte te bestaan. Een positief neveneffect was wel, dat nogal wat projecten na de heroverweging doelmatiger opgezet werden (Jaarverslag CvZ 1984, p. 47).

Kon het nog ingewikkelder? Ja, dat bleek. Er kwam een 'meerjaren taakstellend plafond voor de exploitatiegevolgen' van planning- en bouwbeslissingen voor de ziekenhuizen (TK 1983-1984, 18 179, nr. 2, p. 14). Dat betekende dat bouwbeslissingen nu ook bekeken werden op hun exploitatiegevolgen. De kosten zitten immers niet alleen in de bouw van een voorziening, maar vooral in het gebruik daarna. Bouw beïnvloedt de tarieven, en de algebraïsche som van het produkt van tarieven en het aantal verrichtingen vormt de exploitatiekosten. En die moesten omlaag. Vandaar mochten bouwprojecten die exploitatiekosten teveel zouden verhogen, niet door-



Dat ligt in de rede. Maar even redelijk is het bouwprojecten die de exploitatiekosten zouden verlagen of in elk geval niet zouden verhogen, voorrang te verlenen. Het zou toch jammer zijn zo'n echte besparing op de totale kosten van de gezondheidszorg (en dat niet voor één jaar, maar voor een reeks van jaren) niet door te laten gaan vanwege het bouwplafond. Dat zou penny wise and pound foolish zijn. En dus kwam er een nieuwe pot geld naast het bouwplafond en een bijbehorende procedure, de zogenaamde *land sinkpot*, voor bouwplannen zonder opstuwende of met zelfs gunstige gevolgen voor de exploitatie (TK 1983-1984, 18 297, nr. 2, p. 15). Vanwege de bezuinigingen werd die pot niet al te groot, zodat niet ieder project dat aan de voorwaarden voldeed, in aanmerking kon komen. Dus werd de prioriteitstelling ook daarvoor belangrijk, en bovendien moest ook nog de helft van het benodigde geld uit het normale bouwplafond komen. De ene procedure werd op de andere gestapeld en eraan gekoppeld, het geheel zo ingewikkeld makend dat het nauwelijks nog mogelijk bleek een vin te verroeren zonder tegen een of ander voorschrift te zondigen of een termijn te overschrijden. Het departement mocht dat van zichzelf, maar het veld natuurlijk niet en dat beschuldigde de bewindsman van woordbreuk en onbetrouwbaarheid (Het Ziekenhuis, 1984, p. 650). Men ziet, de verhoudingen werden er niet beter op. In feite waren ze nog nooit zo slecht geweest.

Het opmerkelijkste is wel dat onder een kabinet dat deregulering, privatisering en terugtrekking van de overheid tot zijn credo gemaakt had, de beleidsintensiteit die toch al niet gering was, zo toenam. En dat alles had maar één motief en één rechtvaardiging: bezuinigen. Daar slaagde Van der Reijden ook redelijk in. Maar eind 1985 waren er altijd nog 68 468 bedden (was 73 000, toen hij aantrad) (TK 1986-1987, 19 703, nr. 2, p. 54). Dat moesten er volgens plan in begin 1990 ongeveer 61 000 zijn en volgens de commissie Dekker (Dekker et al., 1987, p. 69) nog vierduizend minder. Het is de vraag of dat lukt. Want al is de proceslegitimatie verdrongen door een output-georiënteerde argumentatie, vervolgens krachtig versterkt door het bezuinigingsmotief, en is ook de beleidsintensiteit reusachtig toegenomen, dat zegt weinig tot niets over de effectiviteit van het beleid.

## 6. Besluit

In de hiervóór geschetste ontwikkeling van het overheidsbeleid ten opzichte van de ziekenhuizen zijn de trefwoorden 'voortdurende groei'. Ten eerste van de sector zelf, in termen van de kosten, omvang en dergelijke. Een groei

die, toen dat moest, zeer moeilijk af te remmen bleek. Ten tweede: groei van het politieke gewicht van de sector gepaard aan toenemende bereidheid tot overheidsinterventie, het eerste af te meten aan de toenemende aandacht ervoor in beleidsstukken van de diverse regeringen en bij Kamerleden, het tweede aan het in die stukken gestelde. Dat werkte ten derde uit in een aanvankelijk gestage en de laatste jaren zeer snelle vergroting van de beleidsintensiteit. Steeds meer en steeds ingewikkelder en gedetailleerder regelingen.

De sector zelf is echter onverminderd, ja zelfs in toegenomen mate er een van particuliere non profit-organisaties. Het directe aandeel van de formele overheid in de sector nam immers sterk af door het terreinverlies van de gemeenteziekenhuizen, maar zeer ten dele gecompenseerd door de groei van de academische ziekenhuizen van het Rijk.

Overheidsingrijpen in zo'n sector, beweerde ik, behoeft in het Nederlandse politieke klimaat een bijzondere legitimatie, ook al gebeurt dat ingrijpen volgens de beginselen van de rechtsstaat en de geldende democratische procedures. De legitimaties daarvoor zijn in de loop van de tijd nogal veranderd. Het aanvankelijke argument werd geleverd door beleidsexterne omstandigheden: de nasleep van de oorlog en de wederopbouw. Toen de economische omstandigheden zich verbeterden, kreeg een andere legitimatie een kans. Nu werd het beleid legitiem geacht, omdat het op een bepaalde wijze gevoerd werd, namelijk met alle égarde voor het particulier initiatief. Met andere woorden: de wijze van beleidsontwikkeling en -uitvoering werd nu de legitimatiebron. Ook deze argumentatie werd nooit van tafel geveegd, maar ondergesneeuwd door ingrepen die hun rechtvaardiging ontleenden aan de feitelijke beleidsuitkomsten. In plaats van de uitkomsten te accepteren op basis van de gevolgde procedure, kwam men met gewenste (bijvoorbeeld: maximaal toelaatbare) resultaten die ingrepen moesten rechtvaardigen. Er kwam, kortom, een output-legitimatie in plaats van de proces-legitimatie. Ook deze was niet het eeuwige leven beschoren. Nieuwe maatregelen verwezen opnieuw naar beleidsexterne omstandigheden ter rechtvaardiging: de economische crisis en de toestand van de overheidsfinanciën.

Deze opeenvolging van legitimaties is interessant, omdat zij naar mijn mening van toepassing is op de ontwikkeling van zeer veel overheidsingrijpen in non profit-verzorgingsstaatarrangementen in Nederland na 1945. In die zin heeft het verschijnsel een veel wijdere strekking. Het is verleidelijk verdergaande conclusies te trekken, bijvoorbeeld ten behoeve van een theorie over legitimaties van overheidsbeleid ten aanzien van non profit-instellingen in het algemeen. Ik meen evenwel dat het daar nog wat vroeg voor is. Eén opmerking in die richting wil ik echter wel maken.

De omstandigheid dat de argumenten steeds veranderden, maar de inten-

sivering van het beleid onverminderd doorging, doet een relatieve onafhankelijkheid van de inhoud van het beleid ten opzichte van die argumenten of die legitimaties vermoeden. Wellicht wordt eerst op pragmatische gronden het beleid gemaakt, en vervolgens bekeken hoe een en ander in de diverse arena's gerechtvaardigd kan worden. Om die reden moeten we voorzichtig zijn met het gebruiken van legitimaties *van* het beleid als verklaringen *voor* de aard van het beleid. Ik wil zeker niet uitsluiten dat ter rechtvaardiging aangevoerde argumenten ook een beleidsconstituerende rol spelen, maar het zou lichtzinnig zijn te veronderstellen dat zij de enige, of zelfs maar de doorslaggevende factor zouden zijn.

#### Noten

1. Interview met J. van der Kluit d.d. 31-7-1986.
2. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecompileerd uit de jaarlijkse verslagen over het ziekenhuiswezen van de Geneeskundige Hoofdinspectie (vanaf 1957) en de Compendia Gezondheidsstatistiek Nederland (1974 & 1979) van het CBS. Voor de daarbij van Pam Hessels ontvangen assistentie ben ik haar ten zeerste verplicht.

#### Bronnen

- Beus, J.W. de, & J.A.A. van Doorn (Red.), *De interventiestaat*. Meppel, 1983.
- CBS, *Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland*. 1974.
- CBS, *Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland*. 1979.
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Jaarverslag 1975*. Utrecht, 1976.
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Jaarverslag 1983*. Utrecht, 1984.
- Dekker, W., et al., *Bereidheid tot verandering* (Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Commissie-Dekker). s.l., 1987.
- Groot, L.M.J., Gezondheidszorg en Bestek 81. *Economisch-Statistische Berichten*, 1979, p. 572 e.v.
- Handelingen der Staten-Generaal & Bijlagen bij de Handelingen der Staten-Generaal*, 1945-1985.
- Het Ziekenhuis*, orgaan van de Nationale Ziekenhuisraad, 1971-1985, jaargang 1-15.
- Juffermans, P., *Staat en Gezondheidszorg in Nederland*. Nijmegen, 1982.
- Nederlandse Staatscourant* (Stcrt.) 1945-1985.
- Parlement en Kiezer 1985-1986*. Leiden, 1987.
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* (Stbl.) 1945-1985.
- Wolff, L. de, *Tussen corporatisme en étatisme*. In: De Beus & Van Doorn (Red.), 1983.